



Αριθμός Πρωτοκόλλου:

...../...../20....

(συμπληρώνεται από το ΤΕΑ - ΥΠΟΙΚ)

ΑΙΤΗΣΗ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ

(Η αίτηση συμπληρώνεται μόνο από το κυρίως μέλος του Ταμείου, έστω και αν αφορά αίτηση αποζημίωσης λόγω νοσηλείας εξαρτώμενου μέλους. Διευκρινίζεται επίσης, ότι για κάθε νοσηλεία συμπληρώνεται ξεχωριστή αίτηση)

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΚΥΡΙΩΣ ΜΕΛΟΥΣ:

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΕΝΤΑΞΗΣ ΚΥΡΙΩΣ ΜΕΛΟΥΣ ΣΤΟ ΤΕΑ - ΥΠΟΙΚ: ΑΦΜ:

ΑΜΚΑ: Α.Μ. ΚΥΡΙΟΥ ΦΟΡΕΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ (ΑΜ ΚΦΑ):

ΤΗΛΕΦΩΝΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ σταθερό: κινητό:

ΤΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΤΗΣ ΕΚΚΑΘΑΡΙΣΗΣ ΘΑ ΣΤΑΛΕΙ ΣΤΟ EMAIL:

ΑΙΤΗΣΗ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ ΛΟΓΩ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ: ΚΥΡΙΩΣ ΜΕΛΟΥΣ ΣΥΖΥΓΟΥ ΤΕΚΝΟΥ

ΟΝΟΜ/ΜΟ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟΥ ΜΕΛΟΥΣ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΚΕ:

ΑΦΜ: ΑΜΚΑ: ΑΜ ΚΦΑ:

Ημερομηνία Εισαγωγής:/...../..... Ώρα: : Εξαγωγής:/...../..... Ώρα: :

Παρακαλώ να με αποζημιώσετε για:

στο Νοσηλευτικό Ίδρυμα

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

Τα δικαιολογητικά που απαιτούνται ανά περίπτωση νοσηλείας, βρίσκονται στο Κεφάλαιο 4, παράγραφος 2 του Οδηγού Μέλους του ΤΕΑ-ΥΠΟΙΚ. Ενδεικτικά για το Δημόσιο βλέπε από τα κατωτέρω τα σημεία: 1, 2, 5, ενώ για Ιδιωτική Κλινική εκτός δικτύου βλέπε τα σημεία: 1, 2, 3, 4,5 και 6, 7 κατά περίπτωση. Σημειώνεται ότι όλα τα δικαιολογητικά εκτός του 5 θα πρέπει να είναι Πρωτότυπα ή Θεωρημένα/Ακριβή φωτοαντίγραφα εκ του πρωτοτύπου.

1. Εισιτήριο-Εξιτήριο
2. Ιατρική γνωμάτευση από ιατρό που προέβη στη χειρουργική επέμβαση -εφόσον δεν προκύπτει με σαφήνεια από το εξιτήριο-
3. Πρωτότυπα παραστατικά δαπανών (Τιμολόγια, Αποδείξεις)
4. Βεβαίωση κλινικής όπου θα προκύπτει ο κωδικός ΚΕΝ (Κλειστό Ενοποιημένο Νοσήλιο) της νοσηλείας και η συμμετοχή του ΚΦΑ, επιπλέον στη βεβαίωση θα πρέπει να αναγράφεται και η θέση νοσηλείας εφόσον δεν αναγράφεται στα τιμολόγια
5. Ευδιάκριτη φωτοτυπία του βιβλιαρίου τραπεζής στην οποία θα φαίνεται ο IBAN και οι δικαιούχοι του λογαριασμού ή επίσημη εκτύπωση από την Τράπεζα των στοιχείων του λογαριασμού όπου θα προκύπτουν με σαφήνεια το IBAN και οι δικαιούχοι του λογαριασμού.
6. Πρωτότυπη απορριπτική απόφαση συμμετοχής ΚΦΑ ή υπεύθυνη δήλωση ασφαλισμένου (για ιδιωτική κλινική εκτός δικτύου κατά περίπτωση)
7. Αντίγραφα παραστατικών δαπανών και πρωτότυπη βεβαίωση ΚΦΑ ή ασφαλιστικής (για ιδιωτική κλινική εκτός δικτύου κατά περίπτωση)

Η ΠΑΡΑΔΟΣΗ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΜΑΖΙ ΜΕ ΤΑ ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΓΙΝΕΤΑΙ:

- * με συστημένη επιστολή στη διεύθυνση του ΤΕΑ-ΥΠΟΙΚ: Ακαδημίας 76 (6ος όροφος, γραφείο 5), ΤΚ 106 78, Αθήνα
- * από το ίδιο το μέλος ή από εξαρτώμενο, στα γραφεία του Ταμείου, Γραμματεία: κα Μπακογιάννη (9:00-15:00)

ΓΝΩΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥΣ ΤΟ ΤΕΑ-ΥΠΟΙΚ

Σύμφωνα με το αρ. 11 του ν. 2472/1997, όπως ισχύει, σας ενημερώνουμε ότι υπεύθυνος επεξεργασίας των ανωτέρω εισαγόμενων δεδομένων είναι το ΤΕΑ-ΥΠΟΙΚ. Σκοπός της επεξεργασίας των δεδομένων είναι η διεκπεραίωση της ιατρικής και οικονομικής εκκαθάρισης του περιστατικού για το οποίο υποβλήθηκαν τα σχετικά ως άνω δικαιολογητικά, χωρίς τα οποία δεν δύναται αυτή να πραγματοποιηθεί. Σας ενημερώνουμε ότι οι αφορολισμένοι στο Ταμείο διατηρούν τα δικαιώματά πρόσβασης, διόρθωσης, περιορισμού και αντίρρησης επεξεργασίας, φορητότητας και διαγραφής των δεδομένων που τους αφορούν βάσει των αρ. 12 και 13 του ν. 2472/1997, όπως αυτά ισχύουν. Τέλος έχουν το δικαίωμα καταγγελίας στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού χαρακτήρα (www.dpa.gr) εφόσον ο ασφαλισμένος θεωρεί ότι προσβάλλεται ο ίδιος και τα δικαιώματά του με οποιονδήποτε τρόπο. Παρακαλούμε επίσης, όπως ανατρέξετε για επιπρόσθετες πληροφορίες σχετικά με τη συλλογή, νομιμοποιητική χρήση, το σκοπό, τη φύση της επεξεργασίας των προσωπικών σας δεδομένων, το χρόνο διατήρησης, τους αποδέκτες και την πολιτική προστασίας αυτών καθώς και για τα δικαιώματά σας στο Ενημερωτικό Έντυπο, προσαρμοσμένο στις απαιτήσεις του Γενικού Κανονισμού της Ε.Ε. 2016/679, που βρίσκεται αναρτημένο στην ιστοσελίδα του Ταμείου (www.teapoik.gr). Σημειωτέον ότι, σε περίπτωση μη αποδοχής από το υποκείμενο των δεδομένων ή/και τον αιτούντα, σε περίπτωση που ο παθών δεν είναι ο κύριος ασφαλισμένος, των ανωτέρω όρων της αίτησης αποζημίωσης, αυτό θα συνεπάγεται αυτόματα τον μη έλεγχο του περιστατικού καθώς και την μη καταβολή ενδεχόμενης αποζημίωσης.

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ (ΔΠΧ) & ΕΙΔΙΚΗΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ (ΕΚΔΠΧ)

Με την παρούσα αίτηση δηλώνω ότι:

- Ενημερώθηκα πλήρως για την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων (δηλ. συλλογή, αποθήκευση, επεξεργασία, διαβίβαση και οποιοδήποτε περαιτέρω χρήση αυτών), μέσω της παρούσας αίτησης και που ενημερωτικό έντυπο στην ιστοσελίδα του Ταμείου.
- Ενημερώθηκα για τα δικαιώματά που έχω και διατηρώ ως υποκείμενο των δεδομένων.
- Συναινώ στην τήρηση αρχείων με όλα τα παραπάνω προσωπικά δεδομένα μου σε ηλεκτρονική ή άλλη μορφή.
- Παρέχω ρητά τη συγκατάθεσή μου (Άρθρο 7 του Γενικού Κανονισμού Ε.Ε. 2016/679) για την επεξεργασία των ΔΠΧ και τυχόν ΕΚΔΠΧ, που αφορούν εμένα και προκύπτουν από την παρούσα αίτηση ή και συμπληρωματικών δεδομένων που λάβει το Ταμείο μελλοντικά και είναι απαραίτητα για τη λειτουργία της όλης ασφαλιστικής μου σχέσης με το Ταμείο (όπως αυτή καθορίζεται τόσο από το Καταστατικό, όσο και από το κάθε φορά ισχύον νομοθετικό πλαίσιο για τη λειτουργία των Επαγγελματικών Ταμείων) όσο και για την οικονομική και ιατρική εκκαθάριση περιστατικών προς ενδεχόμενη αποζημίωση, από το ΤΕΑ-ΥΠΟΙΚ, καθώς και κάθε νομικό ή φυσικό πρόσωπο που δύναμι σύμβασης με το Ταμείο έχει αναλάβει τη διαχείριση των πρόσθετων παροχών υγείας των Μελών του Ταμείου.
- Επιπλέον, εξουσιοδοτώ κάθε Νοσοκομείο, Ίδρυμα, ή άλλο πρόσωπο το οποίο περιέλαμπε ιατρικές, εμένα ή καλυπτόμενα μέλη της οικογένειάς μου, όπως παράσχει στο ΤΕΑ-ΥΠΟΙΚ κάθε ιατρική ή οικονομική πληροφορία την οποία ήθελε ζητήσει σχετικά με την αιτίσή μου.

Το Ταμείο, ουδεμία ευθύνη φέρει εάν ο φυσικός αποδέκτης της αποζημίωσης δεν είναι ο παθών, ήτοι το ασφαλισμένο μέλος που νοσηλεύτηκε.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΚΥΡΙΩΣ ΜΕΛΟΥΣ

(ΤΟΠΟΣ)

(ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ)

/202